OESTERREICHISCHE
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(als Ergänzungsblatt der medic. Jahrb. des k. k. öst. Staates.)

Herausgeber: Dr. J. N. Ritter v. Raimann.
Hauptredacteur: Dr. A. Edler v. Rosas.
Mitredacteure: DD. S. C. Fischer und J. Wisgrill.

№. 47. Wien, den 20. November 1841.

1.

Original-Mittheilungen.

Gesichtsschmerz (*Prosopalgia*), geheilt durch salzsauren Baryt.

Von Dr. Lutterotti, Stadtphysikus in Linz.

Joseph Berger, ein bejahrter Taglöhner mit scrophulösem Habitus, litt schon durch 8 Jahre an Gesichtsschmerz, welcher sich nach und nach entwickelte, und sich endlich in einem so hohen Grade einstellte, dass Patient nun seit 2 Jahren Tag und Nacht ohne weitere Ursache von den fürchterlichsten Anfällen, die selten ¼ Stunde lang aussetzten, befallen wurde. Der Kranke hat durch diese lange Zeit vielseitig ärztliche und wundärztliche Hülfe angesprochen und selbe andauernd versucht, erfuhr jedoch von selber, so wie von den verschiedenartigsten Hausmitteln nicht die geringste Erleichterung.

Da nun Patient so lange ausser Arbeit stand, und in finanzieller Hinsicht gänzlich erschöpft war, so suchte er Hülfe im Krankenhause der Barmherzigen in Linz. Zu dieser Zeit erreichte sein Leiden einen so hohen Grad, und die fürchterlichen Anfälle waren so häufig, dass es mir fast unmöglich wurde, ein genaues Krankenexamen vorzunehmen. Nachdem ich mich jedoch überzeugt hatte, dass Berger am Gesichtsschmerz (*Prosopalgia*) der linken Seite leide, so liess ich durch einige Tage

Acetas Morphii auf endermatischem Wege an die schmerzhafte Stelle anwenden, und gab innerlich antiphlogistische Purganzen; auch diese Methode blieb, wie alle früheren, ohne den geringsten günstigen Erfolg. Nach einigen Tagen nahm ich zu dem, in diesem Leiden, wenn es in scrophulösen Individuen auftritt, viel gepriesenen, salzsauren Baryt die Zuflucht, liess 1 Scrupel desselben in 4 Unzen *Aqua Chamomillae dest.* auflösen, und alle 2 Stunden 10 Tropfen darreichen.

Am ersten Tage verursachte das Mittel heftiges Brennen im Magen, Brechreiz und Kolik, wesswegen auch einen Tag damit ausgesetzt und ein antiphlogistisches Abführmittel gegeben wurde; doch schon an diesem Tage war eine bedeutende Verminderung des Gesichtsschmerzes bemerkbar. Am andern Tag wurde wieder der salzsaure Baryt in obiger Art gegeben, und da sich die Anfälle auffallend milderten, seltener und schwächer wurden, durch 3 Tage damit fortgefahren und dadurch bezweckt, dass Patient, der durch so viele Jahre täglich und stündlich fürchterlich gelitten, und viele Mittel vergebens versucht hatte, von seinem Leiden gänzlich befreit wurde. Patient blieb noch durch 10 Tage ohne Arznei zur Beobachtung im Krankenhause, und kehrte dann, ohne dass sich der leiseste Schmerz eingestell hätte, wieder vergnügt zu seinen Geschäften.

Blausucht bei einem Mädchen vom 4. bis 12. Lebensjahre.

Von Demselben.

Caroline Krämmer, Knopfmacherstochter aus Linz, war bis zu Ende ihres 4. Jahres blühend und vollkommen gesund; zu dieser Zeit erkrankte sie am Keuchhusten, gegen welchen ihr ein Brechmittel gereicht wurde, welches oftmaliges und heftiges Erbrechen bewirkte. Der convulsive Husten minderte sich bedeutend, von nun an aber klagte das Kind über Herzklopfen und schweren Athem beim schnellen Gehen, auch fingen bald darauf an ihre Lippen, die Fingerspitzen und die Augen bläulich zu werden, und von Zeit zu Zeit stellte sich trockenes Hüsteln ein.

Nachdem diese krankhaften Erscheinungen immer zunahmen, so wurde ich nach einigen Monaten consultirt; heftiges unregelmässiges Herzklopfen, fortwährendes Hüsteln, Asthma, unregelmässiger kleiner und schneller Puls, und die so lange Dauer dieser Zufälle liessen mich ausser Zweifel, dass ein organischer Herzfehler vorhanden sey, ihre nun mehr ausgebildete, constant vorhandene, blaue Farbe der Hände und Vorderfüsse, der Lippen, Zunge und Albuginea brachten mich damals schon auf die Vermuthung einer durch das besagte heftige Erbrechen verursachten organischen Communication des venösen mit dem arteriösen Blute im Herzen. Wiederholt angelegte Blutegel, Digitalis, Kirschlorbeerwasser und ähnliche beruhigende Arzneien beschwichtigten zwar von Zeit zu Zeit die heftigen Anfälle, jedoch das Blauwerden, Asthma, der Husten und das Herzklopfen im Ganzen nahmen immer zu, und das Mädchen starb im zwölften Jahre unter wiederholten Convulsionen. Die Section bestätigte die oben ausgesprochene Vermuthung; alle venösen Gefässe waren ausserordentlich erweitert, und überall, wo ein Einschnitt in ein solches Gefäss geschah, quoll ohne Ende dickes, schwarzes Blut hervor, die ungewöhnlich grossen Lungen unterlagen der Hepatisation, und zeigten einige Tuberkeln; das um Vieles vergrösserte Herz war derb, von braunrother Farbe, und die Gefässe auf der Oberfläche sehr stark eingespritzt. Der rechte Vorhof und das Herzohr im Verhältniss zum linken auffallend vergrössert; die rechte Herzkammer ziemlich gross, die Wände ausserordentlich verdickt. Hier wurde auch die eiförmige Grube untersucht, sie schien normal und das Loch geschlossen zu seyn, als aber unter dem Ringe mit einem stumpfen Instrumente nachgeforscht wurde, kam man in eine Öffnung, die, im Durchmesser einer Federspule, zuerst $^1/_4$ Zoll gerade aufwärts lief, dann sich plötzlich links wendete, und ziemlich ausgedehnt im linken Vorhof endete. Demzufolge glaube ich, dass sich während des heftigen Hustens und Erbrechens der obere Rand der bis dahin geschlossenen, eiförmigen Grube, vom Ringe losgetrennt, und sich diese Verbindung des venösen mit dem arteriösen Herzen gestaltet habe.

Cyanosis abdominalis.

Von Dr. Friedrich Eckstein, praktischem Arzte zu Pesth.

(Vorgetragen in der Sitzung der Gesellschaft der Ärzte von Pesth und Ofen am 9. October 1841.)

(Schluss.)

Die vorläufig von meinem Freunde, dem Herrn Daniel Wagner, Doctor der Chemie, angestellte (aber noch nicht beendigte) chemische Untersuchung des Blutes solcher Kranken gab einstweilen folgende Resultate: Das Blut coagulirte sehr schwer, war sehr dick, hatte einen eigenthümlichen, leimartigen Geruch, und war sehr dunkel, fast schwarzroth von Farbe. Das Serum sonderte sich von den Blutkügelchen nur langsam ab, so zwar, dass die Absonderung des Kuchens selbst nach 8 Stunden noch nicht vollständig war. Das Serum reagirte auf die Probepapiere durchaus nicht, und erwies sich als eine vollkommen neutrale Flüssigkeit. — 1000 Gewichtstheile des uncoagulirten Blutes wurden im Wasserbade zur möglichst vollkommenen Trockenheit abgedampft. Der Rückstand wog 263 Gewichtstheile; demnach waren in 1000 Gewichtstheilen enthalten 737 Gewichtstheile Wasser und 263 Gewichtstheile fester Stoffe. Diesem zufolge gehört dieses Blut zu den dichtesten Blutarten. — 100 Gewichtstheile von der trockenen Masse wurden so lange mit absolutem Äther macerirt, als dieser noch etwas auflöste. Der abgedampte Äther hinterliess genau Einen Gewichtstheil eines dicken, lichtgelben Fettes. Da nun das gesunde Blut in 1000 Gewichtstheilen circa 4 Gewichtstheile Fett enthält, so ist dieses Blut ungefähr an 6 Gewichtstheilen desselben reicher.

Die gewöhnlichste Dauer der Krankheit ist von 3—6 Monaten; es gab übrigens Fälle, wo sie aber anderthalb Jahre anhielt, und wieder andere, wo sie schneller als gewöhnlich ablief. Diese verschiedene Dauer scheint von der Heftigkeit der Krankheit, der Behandlungsweise und dem Verhalten des Kranken selbst abzuhängen.

Ausgänge des Übels sind in Genesung, in andere Krankheiten und in den Tod. Der Ausgang in Genesung

ist der bei weitem häufigere. Die Gesundheit kehrt übrigens nur sehr langsam zurück; und während der Reconvalescenz stellen sich oft plötzlich wieder Verschlimmerungen ein, wesswegen man denn auch die Kranken nur dann als hergestellt betrachten kann, wenn nach Verlauf von drei Monaten keine Verschlimmerung mehr Statt findet. — Was den Ausgang in andere Krankheiten betrifft, so hatte ich bloss in Einem Falle nach Darreichung eines Brechmittels eine chronische Diarrhoe mit allen Zufällen von schleichender Enteritis eintreten gesehen. — Der Ausgang in den Tod findet gewöhnlich während des Anfalles Statt, und wahrscheinlich in Folge einer Hirnlähmung. — Bei der Section fand man die Lungen, wie auch das Gehirn und die Leber mit schwarzem Blute überfüllt; am Herzen und den grossen Gefässen keinen organischen Fehler. Die innerste Haut der Gedärme war mit gelblichem Schleim überzogen, und ohne Spur von Röthung.

Was die Geschichte der Entstehung und Verbreitung der Krankheit anbelangt, sind folgende Thatsachen zu meiner Kenntniss gelangt: Die Krankheit ist seit dem Jahre 1838, gleich nach der Überschwemmung, im sogenannten Lagerspital und in den Militärspitälern zu Pesth und Ofen zum Vorschein gekommen, und dauert daselbst noch fort. Im Civilspitale der Stadt Pesth scheint sie bis jetzt nicht beobachtet worden zu seyn. Das Jahr 1840 und 1841 hatte die meisten Kranken aufzuweisen. Von der Garnison der Stadt Pesth erkrankten ungefähr $^1/_{40}$ Theil an diesem Übel. Obwohl das Militär stets in einem Zeitraum von 2—3 Monaten aus einer Kaserne in die andere versetzt wird, und daher der krankmachende Einfluss der Localität nicht recht einleuchtet, so scheint es doch, als wenn die meisten Fälle neuer Erkrankungen in dem Invaliden-Gebäude sich ereigneten. Unter den gegenwärtig im Monat October daselbst befindlichen fünf Compagnien Polen zählte man 16 Erkrankungsfälle, während unter den fünf Compagnien eben daselbst stationirter Italiener nur vier Fälle vorkamen. Die meisten Erkrankungen wurden unter den gemeinen Soldaten beobachtet; doch hatten auch zwei Unterärzte die Krankheit zu bestehen. Auch in der Civilpraxis kommen jährlich einige wenige Fälle vor; ich darf mit Recht sagen, wenige,

da der Mehrzahl der praktischen Ärzte diese Krankheitsform bis jetzt nicht unterkam.

Hinsichtlich der Ursachen dieser Krankheit konnte ich bis jetzt nur Folgendes ermitteln:

Eine Disposition zur Krankheit scheinen zu bedingen: 1. Ein bestimmtes Lebensalter. Die meisten Kranken waren in einem Alter von 18—30 Jahren. Unter den mir bekannt gewordenen Kranken war nur Ein Kind, bejahrte Personen aber keine. 2. Hinsichtlich des Geschlechts waren alle bisher beobachteten Patienten Männer, obgleich gar kein Grund vorhanden ist, dem zufolge das weibliche Geschlecht von der Krankheit verschont bleiben sollte. 3. Welche körperliche Constitution und welches Temperament die Krankheit besonders begünstigen, konnte ich bis jetzt nicht ermitteln; so viel ist übrigens ersichtlich, dass ganz gut gebaute und gesunde junge Männer so zu sagen plötzlich von der Krankheit ergriffen wurden. 4. Eine besondere Constitution des tellurisch-atmosphärischen Lebens scheint in jedem Fall auf die Entstehung der Krankheit einen bedeutenden, wenn auch nur disponirenden Einfluss gehabt zu haben, da die Krankheit unter denselben übrigen Bedingnissen wenigstens nicht in grösserer Ausdehnung wahrgenommen wurde. 5. Die Jahreszeit hatte ebenfalls einen bedeutenden Einfluss, da die Krankheit vorzüglich im Sommer erscheint, bei annähernder kühler, herbstlicher Witterung, auch ohne besondere therapeutische Einwirkung, gelinder wird, und im Winter meist schwindet. 6. Hinsichtlich der Localitäten, in welchen die Krankheit häufiger vorkommt, wäre zu vermuthen, dass, indem sie hauptsächlich nach der Überschwemmung auftrat, vielleicht die zurückgebliebene Nässe ihre Entstehung begünstige. Dem ist aber nicht so; denn die Häuser, in welchen sie häufiger sich einfand, waren entweder nicht der Überschwemmung ausgesetzt, oder sind erst nach derselben erbaut worden. Jedenfalls waren es aber solche Localitäten, die verhältnissmässig von vielen Menschen bewohnt waren. 7. Hinsichtlich der Getränke wurden von der Krankheit vorzugsweise jene befallen, die dem Genusse des Branntweins ergeben waren. Hinsichtlich der Nahrung wurde mir nur so viel nachträglich bekannt, dass jene, die auf den Genuss einer nährenden Kost weniger zu verwenden pflegten, eher er-

griffen wurden, als andere. Übrigens wurde aus den mir bekannten Thatsachen ersichtlich, dass der reichlichere Genuss des Brotes und stark saurer Speisen um die Mittagszeit, von bereits mit der Krankheit Behafteten genossen, öfters Verschlimmerungen hervorrief. Der von uns des Morgens an solchen Kranken angestellte Versuch mit reichlicherem Genuss obbenannter Speisen, brachte keine Verschlimmerung hervor. 8. Vorausgegangene gastrische, gastrisch - biliöse Fieber und Wechselfieber schienen die Entstehung der Krankheit zu begünstigen.

Welche Momente als erregende Ursachen der Krankheit mit Bestimmtheit anzusehen seyen, ist noch keineswegs ermittelt. Fortpflanzung der Krankheit durch Contagium ist nach den bisherigen Beobachtungen unwahrscheinlich.

Der Hauptfocus der Krankheit und die nächste Ursache aller der krankhaften Erscheinungen scheint mir eine specifisch krankhafte Veränderung der Digestions- und Assimilationsfunctionen zu seyn. Denn die Krankheit erscheint zu einer Epoche, in welcher eine gastrische epidemische Constitution stationär die Entstehung oder den Verlauf der Krankheiten, besonders der weiter ausgebreiteten, beherrscht. Aber abgesehen davon, sprechen auch alle Zufälle der Krankheit dafür, namentlich die dem Ausbruch der Krankheit nicht selten vorangehenden gastrischen Fieber, die bei jeder Verschlimmerung gegenwärtigen, gastrischen Zufälle, als Aufstossen, Übelkeiten u. s. w.; die fortwährend krankhafte Beschaffenheit der Excremente. Dann der während der Remission, nach jedesmaligem Speisen in der Magengegend verspürte Druck, die durch Diätfehler in vielen Fällen hervorzurufenden Verschlimmerungen; der, wenn auch nur in manchen Fällen fast regelmässig aufeinander folgende drei- bis vier- oder fünftägige Typus, sämmtlich Umstände, die hauptsächlich von Erkrankung der Unterleibsganglien zeugen. Auch entsteht die Krankheit verhältnissmässig leichter bei Branntweintrinkern, bei welchen vorzüglich die Digestionsorgane, zu Folge des übermässigen Reizes, herabgestimmt oder erschöpft sind.

Mit mehr Schwierigkeiten ist die Erklärung der, mit der Kankheit essentiell fortbestehenden, dunkelblauen Hautfärbung

verbunden. Bedenke ich indessen, dass die oben angeführte Erkrankung solche Organe vorzüglich betrifft, die vermöge ihrer normalen Verrichtungen eben den wesentlichsten neuen Stoff der schon bestehenden Blutmasse zuführen, deren krankhafte Verstimmung also auch auf die Wesenheit des Blutes nicht ohne abnormen Einfluss bleiben kann; so dünkt mir die Erklärung dieser krankhaften Hautfärbung nicht so schwer, als es Anfangs scheinen dürfte; denn:

1. Haben die Unterleibsorgane, namentlich die Leber, das kohlenstoff- und wasserstoffreiche Blut der Pfortader von dem Überrest dieser Verbindungen zu befreien. (S. Müller's Physiologie 1. Band S. 147.) Sind nun diese Organe den von aussen einwirkenden übeln Einflüssen zu Folge, in dieser Verrichtung gestört, so kann das überkohlenstoff- und wasserstoffreiche Blut*), vermöge seiner dunklern Beschaffenheit, um so leichter an gewissen Hautstellen die cyanotische Hautfärbung hervorbringen. Dazu kommt noch, dass die mit den Verschlimmerungen deutlich auftretenden venösen Congestionen zum Gehirn und zu den Lungen, die Umwandlung des Blutes in letztern auch noch augenscheinlich dermassen hindern, dass wir zur Erklärung der cyanotischen Hautfärbung kaum bei organischen Fehlern des Herzens und der Lungen Aushülfe suchen dürfen; aber es konnten auch

2. bisher durch Sectionen keine organischen Fehler in den Lungen und dem Herzen entdeckt werden, und es haben unsere Untersuchungen mittelst Percussion und Auscultation keine solche bis jetzt angegeben; andererseits können aber organische Fehler im Herzen und den Lungen bestehen, ohne dass eine Cyanosis entsteht. So führen Fouquier, Breschet und Miquel Krankheitsfälle an, wo die Patienten über 40 Jahre alt wurden, und nach deren Tode die Section das *Foramen ovale* offen, oder sonstige freie Communication zwischen den grösseren

---

*) Aus dieser Ursache ertheilt Kreysig den heilsamen Rath, selbst cyanotischen Kindern von Zeit zu Zeit *Purgantia antiphlog.* zu verabreichen, Mittel nämlich, die auch auf die Leber einwirken und dadurch eine stärkere Ausscheidung der Kohlensäure bewirken.

arteriösen und venösen Gefässen vorwies, ohne die geringste Spur von Cyanose. (S. Meissner's Encyclopädie der medic. Wissenschaften Band 3. S. 294.)

3. Entsteht eine cyanotische Hautfärbung auch von anderen Unterleibskrankheiten. Hieher gehört: *a)* die cyanotische Hautfärbung nach unterdrückter Menstruation. *b)* Die von Gölis (S. Hufeland's Journal der praktischen Heilkunde 1825 April) so benannte *Febris coerulea* der Kinder, die vorzüglich Kinder armer Ältern bei schlechter Kost und in ungesunden Wohnungen befällt, und eine grosse Ähnlichkeit mit unserer Krankheit hat, ohne dass organische Fehler des Herzens in derselben vorzufinden wären. Am deutlichsten erklärt das Entstehen einer cyanotischen Hautfärbung aus Unterleibsaffectionen *c)* die asiatische Cholera. Die Erklärung der nächsten Ursache dieses Übels wurde zwar von den Ärzten auf doppelte Art vorgenommen, einmal nämlich durch die Annahme einer unmittelbaren Blutvergiftung aus der Atmosphäre, während die Mehrzahl der anderen Ärzte die Krankheit aus einer specifischen, anfangs erethischen, sodann leicht paralytischen Affection des *Plexus solaris* erklärte. Da die erstere Annahme eine reine Hypothese ist, das Blut vergiftende Miasma weder in der Atmosphäre, noch im Blute nachgewiesen werden konnte, und die geringeren Erkrankungen, wo bloss leichtere gastrische Affectionen ohne Blutsveränderung vorkamen, aus derselben Hypothese ebenfalls nicht erklärt werden konnten, so sind wir gezwungen, alle die Symptome der asiatischen Cholera aus einer krankhaften Affection der Organe des Unterleibes zu erklären. Und auf diese Art erklären wir uns besser, wie die eigenthümliche Erkrankung des *Plexus solaris* in geringeren Fällen bloss leichtere gastrische Affectionen, in heftigeren Fällen übermässige seröse Entleerungen auf Unkosten des Blutes hervorbrachte; wie durch eine fast plötzliche Paralysirung der oben erwähnten Leberfunction, eine übermässige, venöse Beschaffenheit des Blutes begünstigt wurde, und wie endlich das nach solchem Tode chemisch untersuchte Blut keine fremden Bestandtheile, wohl aber, zufolge des übermässig entleerten Blutwassers, eine relativ grössere Menge Faserstoffes enthalten konnte. (S. Berzelius Lehrbuch der Chemie, übersetzt von F. Wöhler. Dresden und Leipzig 1840. 9. Band

S. 106). Das dermassen übermässig venöse Blut circulirt zwar durch die Lungen und das Herz, und doch entstand die cyanotische Hautfärbung bei Cholerakranken, ohne dass selbe organischen Fehlern der Lungen oder des Herzens zugeschrieben werden konnte. Alle diese angeführten Gründe dürften wohl darthun, dass eine cyanotische Färbung der Haut auch aus Abdominalleiden entspringen könne.

Nach der gewöhnlichen Classification der Krankheiten gehört die unserige, ihren Symptomen zufolge, in die Reihe der Cachexien und zwar der Cyanosen, und gemäss der schon längere Zeit bestehenden Eintheilung der Cyanosis in *congenita* und *acquisita*, wäre fragliche Krankheit wohl der letztern anzureihen, da sie aber als specielles selbstständiges Übel auftritt, wird sie durch obige Benennung nicht recht bezeichnet. Auch den von Schönlein aufgestellten Arten, nämlich der *Cyanosis cardiaca* und der *Cyanosis pulmonalis*, kann diese Krankheit nicht angereiht werden. Gintrac (S. Meissner's Encyclopädie der medic. Wissenschaften. 3. Band, S. 296.) stellt vier Arten der Cyanosis auf. Drei Arten beruhen auf organischen Fehlern des Herzens, die vierte Art stammt von einer Unterdrückung des Menstrualblutflusses her; also auch diese Eintheilung ist nicht zu benützen. Da nun die Krankheit alle die Eigenschaften hat, die die Klasse der Cachexien und das Geschlecht Cyanosis bezeichnen, die blaue Hautfärbung und alle die übrigen Symptome aber einem Abdominalleiden zuzuschreiben sind, würde ich wohl wagen dürfen, ihr den Namen *Cyanosis abdominalis* beizulegen.

Zur Erleichterung der näheren Bestimmung unserer Krankheit will ich einige ähnliche oder verwandte Krankheitszustände anführen.

Eine dunklere Hautfärbung und die Entstehungsart der Krankheit bei der gemeinen Klasse von Menschen durch schwer verdauliche Kost, und durch mit thierischen Effluvien verunreinigte Luft, ist sowohl dem *Morbus maculosus Werlhofii* *) als

*) Bei dem einzigen unserer Krankheit ähnlichen Fall, den Kreisig in seinem klassischen Werke (die Krankheiten des Herzens, Berlin. 1817. 3. Band. S. 197 — 200) anführt, macht er die Bemerkung, dass er durch kein Herzleiden bedingt sey und viel-

der *Cyanosis abdominalis* gemein; die Form dieser dunkleren Färbung, die häufigeren Blutungen u. s. w. unterscheiden jedoch alsobald diese beiden Krankheitszustände.

Viel Ähnlichkeit in der Hautfärbung und der Entstehungsart dieser Färbung ist bei der *Cholera asiatica* und der *Cyanosis abdominalis*, vieler anderer Verschiedenheiten wegen wird es jedoch keinem Nosographen gelüsten, beide Krankheiten Einer Gattung zu unterordnen.

Nebst einiger Ähnlichkeit in den äusseren Erscheinungen, verbunden mit tief eingreifendem Abdominalleiden, steht unsere Krankheit mit dem Scorbut auch noch in der Hinsicht in einem näheren Bezug, dass mit dem Auftreten der ersteren, der Scorbut an denselben Orten viel seltener beobachtet wurde. Indessen bestehen Differenzen genug, um die Krankheit wohl derselben Gruppe, nicht aber derselben Gattung einzuverleiben.

Da die Krankheit, wenn auch nur in sehr wenigen Fällen, und das nur zu Anfang ihres Auftretens, einen fest regelmässigen Typus der eintretenden Verschlimmerung aufwies, ward von einigen meiner Freunde die Vermuthung ausgesprochen: ob die Krankheit nicht wohl für eine Abart der *Febris intermittens* anzusehen wäre? Da nun die Krankheit in ihren essentiellen Zufällen die ganze Zeit ihrer Dauer hindurch fortbesteht, die Anfälle daher bloss fieberhafte Exacerbationen genannt werden können *); diese Exacerbationen aber auch in der Mehrzahl der Fälle keinen regelmässigen Typus behalten; nebstbei auch noch andere, minder wichtige Erscheinungen der Wechselfieber, wie z. B. Kälte zu Anfang, Schweiss zu Ende des Anfalles, Vergrösserungen der Milz u. s. w. bei dieser Krankheit vermisst werden; endlich die Chinarinde und ihre Präparate auf das Ausbleiben der Exacerbationen durchaus keinen Einfluss hatten: so darf ich dieser Meinung durchaus nicht beitreten. Wenn übrigens eine *Febris intermittens cyanotica* je vorkommen sollte,

---

leicht in derselben Veränderung seinen Grund habe, welche den *Morbus maculosus* Werlhofii erzeugt.

*) *Interim dum paroxysmos dicimus, non tantum symptomatum febrilium, sed cujusvis morbosae affectionis accessionem periodicam intelligimus. (S. P. Frank Epitome. T. I. de febribus interm.)*

hätten wir diess wohl in den Jahren 1829 und 1830 beobachten können, zu welcher Zeit wir die Wechselfieber mit allen ihren nur möglichen Nuancirungen in ungeheurer Menge zu behandeln hatten; was aber meines Wissens damals nicht geschah.

Die von manchen Autoren als selbstständige Krankheitsform aufgestellte erhöhte Venosität ist bloss ein Bestandtheil unserer Krankheit, folglich derselben untergeordnet.

Die wenigen zu meiner Kenntniss gelangten therapeutischen Erfahrungen sind folgende: die gefahrvollen, während der Exacerbation auftretenden Congestionen zum Kopf wurden am besten durch Ansetzen von Blutegeln hinter den Ohren und kalte Waschungen des Kopfes beseitigt, durch welche Mittel wohl mehreren Kranken das Leben erhalten wurde. Hingegen schadeten grössere Blutentleerungen, insbesondere mittelst des Aderlasses, nach welcher die nächste Exacerbation das Leben in die grösste Gefahr versetzte. Während der Remission wurden wohl verschiedene Mittel, aber ohne besonders auffallenden Erfolg angewendet. Mit grösstem Nutzen wurden noch bittere Pflanzenstoffe, manchmal in Verbindung mit Rheum, gebraucht. Das beste Mittel wäre wohl Versetzung der Kranken in andere Gegenden und gesunde Privatwohnungen, da die Spitalluft der Genesung solcher Kranken aus ätiologischen Rücksichten keineswegs zuträglich seyn kann.

2.

Auszüge aus in- und ausländischen Zeitschriften und fremden Werken.

Zur Diagnose der Unterleibsentzündungen.

Von Dr. W. Griffin.

Entzündliche und andere Affectionen des Rückenmarkes oder seiner Nerven an ihrem Ursprunge simuliren häufiger Unterleibs- und Brustentzündungen, und werden in mehr Fällen falsch behandelt, als man sich es denkt. Kaum in irgend einem Falle ist die Diagnose ohne vollständige Kenntniss des Gegenstandes so schwierig, und die Folgen eines Irrthums so traurig, als in den Unterleibsentzündungen.

Drei Wirkungen sind den Entzündungen und krankhaften Affectionen des Rückenmarkes oder seiner Nervenstämme gemein:

1) Oberflächliche Empfindlichkeit gegen Druck, entweder auf die Hautstelle über dem afficirten Theile des Rückenmarksstranges beschränkt, oder nach der Vorderfläche des Rumpfes sich ausbreitend in der Richtung der Spinalnerven, oder über die ganze Hautfläche des unterhalb der afficirten Stelle liegenden Körpertheiles;

2) Schmerz entweder an dem afficirten Theile des Rückenmarkes, oder an den Nervenenden, oder in den Nervengeflechten der Eingeweide, welche mit dem erkrankten Theile des Rückenmarkes in Verbindung stehen;

3) Abnahme der Kräfte, welche sich durch partielle oder vollständige Lähmung der Theile oder Organe ausspricht, zu welchen die Nerven hingehen.

Diese Wirkungen treten oft gleichzeitig auf; es kann aber auch eine einzelne, unabhängig von den übrigen, den Beweis geben, dass die Hautsensibilität, so wie die Empfindung in inneren Organen, von den Nerven abhängt, welche, obwohl Empfindungsnerven, dennoch sich eben so streng von einander unterscheiden, wie die Nerven der Bewegung. Behält man diese gewöhnliche Wirkung von Rückenmarksleiden im Auge, so ist es natürlich, dass bei Empfindlichkeit eines Druckes in der Leber- oder Milzgegend, oder in dem unteren Theile des Unterleibes grosser Werth darauf gelegt und festgestellt wird, ob die Empfindlichkeit beim Drucke oberflächlich oder tief sitze, was immer durch eine sorgsame Untersuchung zu erreichen ist. Wird über Schmerz in der Lendengegend oder in den tieferen Theilen des Unterleibes geklagt, so ist ebenfalls wichtig zu bestimmen, ob derselbe oberflächlich sitze, und ob er bei tiefem Sitze nur eine Nervenaffection (vom Rückenmarke abhängig) darstelle, oder ob das innere Organ sich in einem Zustande acuter oder chronischer Entzündung befinde. Schliesslich ist es von Wichtigkeit, bei Respirationsbeschwerden festzustellen, ob die Oppression von einer mangelhaften Tkätigkeit der respiratorischen Nerven, und also von unvollkommener Action der respiratorischen Muskeln, oder von unzureichender Ausführung des Oxygenationsprocesses des Blutes in den Lungen, oder von wirklicher Entzündung oder organischer Krankheit der Schleimhaut oder des Parenchyms dieser Organe, oder ob die vorhandene hartnäckige Darmverstopfung von einem Krampfe, oder von Darmentzündung, oder bloss von theilweiser Lähmung der Muskelfasern der Gedärme abhänge. Es ist kaum ein Fall bekannt, welcher so häufig unerfahrene oder mangelhaft unterrichtete Praktiker irre führt, als hartnäckige Darmverstopfung, welche von einer Lähmung der Nerven herrührt, wenn dieselbe gleichzeitig mit Unterleibsschmerz und Empfindlichkeit beim Drucke verbunden ist.

Empfindlichkeit gegen den Druck wird gewöhnlich als das sicherste Zeichen bei Unterleibsentzündungen betrachtet, obwohl es (als constanter Begleiter von Affectionen des Rückenmarkes und seiner Häute) für sich als das unsicherste Zeichen der Unterleibsentzündungen anzusehen ist. Bei der Diagnose von Unterleibsentzündungen, wo Schmerz und Empfindlichkeit gegen Druck sich findet, sollte man immer festzustellen suchen:

1) Ob der Schmerz oder die Empfindlichkeit beim Drucke an der entsprechenden Stelle des Rückgrathes zu bemerken sey, weil, wenn darnach auch über das Vorhandenseyn der Entzündung nicht mit Sicherheit zu entscheiden ist, dennoch eine hinreichende Erklärung für den Schmerz und die Empfindlichkeit, ohne irgend eine Entzündung, vorliegt.

2) Ob da, wo kein Rückenschmerz aufzufinden ist, die Empfindlichkeit des Unterleibes oberflächlich oder tief sitze, was in allen Fällen mit ziemlicher Sicherheit bestimmt werden kann. Und ob, wenn der Schmerz oberflächlich oder tief sitzt, wie es bei der Peritonitis gewöhnlich ist, ein sanfter, steter Druck mit der flachen Hand leichter auszuhalten sey, als mit den Fingerspitzen; bei nervösen Schmerzen wird dieser Druck gewöhnlich ausgehalten, während bei der Peritonitis jeder Druck, selbst der der Bettdecken, sehr empfindlich ist.

3) Ob die Gränzen des Schmerzes über den Raum der vermutheten Entzündung hinausreichen, wie z. B. bei der vermutheten Leberentzündung, wo der Schmerz das Darmbein und die Leistengegend oder die linke Bauchseite mit einnimmt. Ist der Schmerz über die ganze Unterleibsfläche, wie bei der Peritonitis verbreitet, aber nicht auf den Unterleib beschränkt, so können wir ebenfalls keinen grossen Werth darauf, als Entzündungssymptom nämlich, legen.

4) Endlich sollte man sich daran erinnern, dass Verstopfung auch von Schwäche der Eingeweidenerven, von Krampf und nicht allein von Entzündung herrühren könne, und darnach verschieden behandelt werden müsse. (Dublin Journal, May 1841.) Hickel.

Klinische Bemerkungen über einige Fälle von Herzkrankheiten.

Von Dr. R. B. Todd am Kings-College-Hospital.

(Schluss.)

Fall 2. — Marie Fitzgerald, 14 Jahre alt, wurde den 16. Jänner aufgenommen. Die ersten Krankheitssymptome dieses Mäd-

chens waren: trockener Husten, der sich vor 2 Monaten einstellte; hierauf Dyspnoe und Herzklopfen, die beide durch Bewegungen sehr verschlimmert wurden. Sie verlor ihren Appetit, ihre Kraft, und magerte ab. Die Dyspnoe und das Herzklopfen nahmen bis zu ihrer Aufnahme zu, und Pat. klagte bei derselben über einen lästigen, trockenen Husten; das Athmen war erschwert und schnell, aber sie konnte auf dem Rücken liegen; Respirationen 36 in der Minute; leichtes Ödem der Füsse; Appetit schlecht; etwas Durst; das Aussehen sehr blass. Pat. war früher häufig der Kälte, Feuchtigkeit und Entbehrungen verschiedener Art ausgesetzt. Ihr Puls war klein und schwach, von 100 — 110.

Die respiratorischen Geräusche waren natürlich, ausgenommen im unteren Lappen der linken Lunge, wo eine ausgebreitete Crepitation ein Ödem des Lungengewebes vermuthen liess. — Die Action des Herzens war tumultuarisch; der erste Herzton begleitet und verdeckt durch ein Blasebalggeräusch, das an der Spitze am deutlichsten war, und auch, wenngleich weniger deutlich, am linken Rücken vernommen wurde. Der zweite Ton war normal, und es liess sich auch kein abnormer Ton über den Arterien hören.

Diese zwei Fälle sind sich, wie Todd bemerkt, in mancher Beziehung ähnlich, zeigen aber dennoch einige sehr wichtige Differenzen, die weniger Einfluss auf die Diagnose, als auf die Prognose und die Behandlung haben. In beiden Fällen sprachen die physikalischen Zeichen für ein Erkranken der Mitralmündung. Der zweite Ton war natürlich, und es zeigte sich auch nichts Abnormes nach dem Verlaufe der Arterien. Hieraus liess sich schliessen, dass die Arterienklappen normal waren und eben so fungirten. Der systolische Ton hingegen war in beiden Fällen durch ein Blasebalggeräusch verdunkelt, der sich am besten an der Spitze des Herzens, oder ein wenig über derselben hören liess, sich gegen die Clavicula hin verminderte, und auch deutlich am linken Rücken zu vernehmen war. Ein systolisches Blasebalggeräusch kann jedoch nur an 2 Stellen vorkommen, nämlich: entweder an der Mündung oder im Verlaufe der Arterie, oder an der Auriculo-ventricular-Öffnung. In den angeführten Fällen war nicht das erstere der Fall, weil das Geräusch nicht über, oder im Verlaufe der Arterie gehört wurde, und es entsprach auch der Puls nicht jenem Zustande der Arterienklappe oder der Arterie selbst, welcher das Blasebalggeräusch erzeugt. Die Ursache dieses Geräusches musste daher an der Mitralöffnung seyn, weil die Stellen, wo es vernommen wurde, diesem Theile des Herzens am nächsten lagen. Es konnte nicht an der Tricuspidalmündung seyn, weil es erstens höchst unwahrscheinlich ist, dass ein an derselben gebildetes Blasebalggeräusch am linken Rücken gehört werde, da es in diesem Falle am besten über dem Sternum vernommen werden muss. Zweitens ist ein sol-

ches Leiden der Tricuspidalmündung, welche ein Blasebalggeräusch zu erzeugen im Stande ist, höchst selten, obwohl das Regurgitationsleiden dieser Mündung häufig genug ist. Drittens müsste Insufficienz dieser Klappen Herzklopfen erzeugen, oder wenigstens Turgescenz der Jugularvenen, was in beiden Fällen nicht bemerkt wurde. Die Diagnose lautete daher in beiden: Krankheit der Mitralklappen und durch diese verursachtes beständiges Offenbleiben der Mündung und Aufhebung der Klappenfunction, so dass bei jeder Systole eine Portion Blut in das linke Herzohr regurgitirte. Es war anzunehmen, dass in dem Falle der Fitzgerald die Mündung weniger zusammengezogen und die Klappen weniger krank waren, als in dem der Helena Grace, weil das Blasebalggeräusch weniger deutlich und sanfter, und auch die übrigen Symptome weniger bedenklich waren. In Bezug auf Prognosis und Therapie ist zu bemerken, dass Grace schon lange an Wassersucht litt, was für ein bedeutendes Hinderniss und Schwäche der Circulation sprach; ihre Dyspnoe war bedeutend, ihr Husten heftig. Die Wassersucht besserte sich nur wenig durch Purganzen und Diuretica, und die heftige Action des Herzens wurde durch Digitalis fast nicht im mindesten beschwichtiget. Der Schlaf war stets unruhig, und es zeigte sich leichtes Irreseyn. Sie starb auch in kurzer Zeit. Die Fitzgerald hingegen war bedeutend jünger, ihre Dyspnoe war weit geringer, und der Husten wurde durch Narcotica sehr gemindert. Sie hatte ein sehr reizbares Herz, welches jedoch durch Ruhe und sedative Mittel sehr beruhigt wurde. Die Wassersucht war unbedeutend. Die Prognose war also hier viel günstiger zu stellen. Im ersten Falle war es Aufgabe der Therapie, Ruhe zu verschaffen, die Dyspnoe und den Husten zu mindern, so wie die Wassersucht zu beseitigen. Opium entsprach dem ersten Zwecke anfangs hinlänglich, musste aber wegen Affection des Kopfes wieder bei Seite gesetzt werden. Den beiden andern Indicationen entsprachen die verschiedensten narcotischen und diuretischen Arzneien nur sehr wenig. Der zweite Fall besserte sich durch generöse Diät und Porterbier bedeutend. Narcotica, Eisen, Opium, Blausäure und Digitalis verschafften hier abwechselnd manche Erleichterung.

Fall 3. — Dieser Fall erregte bei Lebzeiten des Patienten grosses Interesse. William Taylor, 46 Jahre alt, Handlungscommis, wurde den 21. Jänner aufgenommen. Er kam im December von Schottland nach London, und war einige Zeit grossem Mangel ausgesetzt. Obwohl er versicherte, immer mässig gelebt zu haben, so sah er doch nicht darnach aus. Er war gross, von blasser Gesichtsfarbe und fast fett zu nennen. Einige Tage vor Weihnachten befiel ihn ohne alle Veranlassung ein Husten. Diesem folgte Dyspnoe, die durch jede Anstrengung vermehrt wurde. 14 Tage vor seiner Aufnahme fin-

gen seine Knöchel zu schwellen an, und die Geschwulst erstreckte sich bald über die unteren Extremitäten und den Bauch. Bei seiner Aufnahme waren die Symptome: Dyspnoe, selbst Orthopnoe, schleimiger Auswurf, Anasarca, Ascites; 30 Respirationen in einer Minute; Pulsschläge 104. Dieser letztere hatte einen springenden *(bounding)* Charakter und erregte im Finger die Sensation, als ob nach dem Durchtritt der Blutwelle die Arterienwände zusammenfielen, also gerade jene Art des Pulses, welche Hope den Puls der ungefüllten Arterien nennt. Dieser ist nach Todd ein sehr charakteristisches Zeichen jenes Zustandes der Aortenklappen, welcher dieselben unfähig macht, der, durch die Elasticität und den Tonus der Arterienwände zurückgestossenen Blutsäule gehörigen Widerstand zu leisten, und ihre Regurgitation in den Ventrikel zu verhindern. Die Percussion ergab überall einen hellen Ton, der nur in der Herzgegend gedämpft war. Über der ganzen Brust, besonders aber hinten, hörte man deutliches Knistern; der Stoss des Herzens gegen die Rippen war nicht fühlbar. Beim Auscultiren zwischen der 5. und 6. Rippe war der erste Herzton gar nicht hörbar, aber man vernahm dafür ein schwaches diastolisches Sägegeräusch, welches nach oben, dem Verlaufe des Bogens der Aorta entlang deutlicher, und am deutlichsten am oberen Theile des Sternums gehört wurde. In der Carotis und der Subclavia war es ebenfalls deutlich hörbar. Wenn das Stethoskop über dem schwertförmigen Knorpel angesetzt wurde, so wurde der erste Ton hörbar; er war schwach und entfernt, und von keinem abnormen Geräusche begleitet. Diess war die einzige Stelle, wo er vernommen werden konnte. Ein anderes merkwürdiges Symptom bei diesem Patienten war ferner eine Locomotion und sichtbare Pulsation in allen oberflächlichen Arterien, ein werthvolles Zeichen bei der unvollkommenen Bildung der Aortenklappen.

Es war in diesem Falle nicht schwer darzuthun, dass der vorzüglichste Grund der Leiden des Pat. ein Fehler der Aortenklappen sey, vermöge dessen eine gewisse Menge des aus dem Ventrikel durch seine Systole getriebenen Blutes in denselben während seiner Diastole regurgitiren konnte. Der rückgängige Blutstrom erzeugt in der Aortenmündung eine Vibration, entweder durch seine Wirkung auf den Rand der erkrankten Klappen, oder auf die gesunden (wenn nur eine krank ist), wodurch während der Diastole jener sägende Ton erzeugt wird, welcher anstatt des normalen zweiten Tones vernommen wird. Die Gründe, worauf diese Diagnose gebaut wurde, waren folgende: 1) der Puls, und die schon erwähnte Locomotion der Arterien; 2) das an die Stelle des zweiten Herztones tretende sägende Geräusch; 3) die ausserordentliche Schwäche des ersten oder systolischen Tones, die nothwendig auf Regurgitationsleiden der Aortenmündung und Erweiterung des Ventrikels schliessen liess.

Der Patient lebte nur mehr 2 Wochen nach seiner Aufnahme, und die unmittelbare Ursache seines Todes war Lungencongestion. Das in den rechten Ventrikel zurückströmende Blut erhielt diese Höhle beständig in erfülltem Zustande; diese reagirte auf den linken oder Lungenventrikel, und dieser auf die Lungenvenen und die ganze Lungencirculation. Daher die Lungencongestion, die den Pat. ohne die veranstalteten Aderlässe und Scarificationen gewiss schon früher getödtet hätte. Einige Tage vor dem 2. Februar wurde sein Auswurf missfärbig, wie der eines Pneumonischen. Einige blutige Schröpfköpfe an die Brust erleichterten das Athmen und machten den Auswurf lichter. Am Abende des 1. Februars stellte sich eine copiöse Hämoptysis ein, welche bis zum nächsten Morgen anhielt. Wiederholtes Schröpfen schien die Blutung zu stillen und die Dyspnoe für eine Weile zu erleichtern; die letztere kehrte jedoch in einigen Stunden wieder, und der Pat. starb asphyctisch. Kurz vor dem Tode hatte die Hautwassersucht bedeutend zugenommen und sich auch über die obere Körperhälfte, besonders rechterseits und über das Gesicht verbreitet.

Die Section zeigte das Herz vergrössert, die Aorta etwas erweitert, ihre Wände verdickt und durch atheromatöse Ablagerungen verhärtet. Die halbmondförmigen Klappen waren auch verdickt, und das in die Aorta über den Klappen gegossene Wasser drang durch die letzteren in den Ventrikel. Eine von den Klappen war ungefähr $\frac{1}{4}$ Zoll lang von ihrer Verbindung mit der Aorta getrennt, und bildete so einen dreieckigen Lappen, der frei in das Lumen der Arterie hing, und hin und her bewegt worden seyn musste, wie der Blutstrom in den Ventrikel eindrang und denselben verliess, und so das Gleichgewicht der Circulation aufhob. Alle Höhlungen des rechten und linken Herzens waren hypertrophisch und erweitert; die des rechten mit venösem Blute erfüllt. Die Lungen im Zustande höchster Congestion; an den oberen Lappen einige apoplectische Stellen; in den Bronchien viel Schleim. Die Lungen knisterten wenig und collabirten unvollkommen. Die Leber war gross und sehr blutreich.

Fall 4. Anna Eaton, 30 Jahre alt, Dienstmagd, wurde den 14. Jänner in das Spital aufgenommen. Sie hatte früher mehrere Male an Brustentzündung (wie sie es nannte) gelitten, die mit Herzklopfen begleitet war. Die gegenwärtigen Symptome sind: Dyspnoe, Herzklopfen, kurzer, trockener Husten. Die Brust ist enge, abgerundet und widernatürlich dumpf; der Herzschlag stark; ein lautes systolisches Blasebalggeräusch, weniger deutlich an der Spitze des Herzens als an seiner Basis, und dem Verlaufe der Arterien entlang vernehmbar; der zweite Herzton natürlich; der Puls zitternd *(thrilling)*, aber stark. Ruhe und Digitalis erleichterten die Symptome, aber beseitigten weder das Blasebalggeräusch, noch die Neigung zu Dyspnoe und Herzklopfen, die durch jede Anstrengung hervorgerufen wurden. T·

untersuchte diese Pat. sorgfältig auf ein Aneurysma, da sie gesagt hatte, dass sie dann und wann ihre Stimme verlor, so wie auch wegen des kurzen Hustens und der stechenden Schmerzen, an denen sie häufig litt. Es fanden sich jedoch keine befriedigenden Zeichen, die für ein solches Leiden gesprochen hätten. Die vorhandenen Symptome schienen hinreichend auf ein obstructives Leiden der Aorta hinzudeuten. Der zweite Herzton war natürlich, — ein Zeichen, dass die Semilunarklappen normal fungirten. Das Blasebalggeräusch wurde entlang des Verlaufes der Aorta und der aus ihr entspringenden Gefässe vernommen; seine Intensität verminderte sich von der Stelle der Aortenmündung gegen die Spitze des Herzens. Der Sitz des Geräusches war also an der Aortenmündung, oder unmittelbar jenseits derselben, und es entstand wahrscheinlich aus irgend einer leichten obstructiven Alteration der Klappen, z. B. Verdickung, die zwar nicht hinreichend war, ihre Wirkung zu beeinträchtigen, aber dennoch genügte, dieses Geräusch zu erzeugen.

Diess ist eine von den gemeinsten Formen von Herzkrankheit, die sich der Beobachtung darbieten; sie entsteht häufig aus Anfällen von acutem Rheumatismus. So lange die Obstruction nicht hinreichend ist, um wesentlich auf das Herz zu reagiren und das Gleichgewicht der Circulation durch dasselbe aufzuheben, fühlt der Pat. sehr wenig Unannehmlichkeit. Todd kannte Personen, welche deutliches systolisches Blasebalggeräusch hatten, verbunden mit obstructivem Leiden der Aortenmündung, und dennoch vollkommen gesund aussahen, und es auch waren. Bei Fällen, wie der der Eeaton, stellt er gewöhnlich eine günstige Prognose. Ruhe, Vermeidung von geistiger und körperlicher Aufregung und narcotische Mittel sind in solchen Fällen sehr hülfreich, um die Symptome zu mässigen und das Leben zu verlängern. Ist aber das Aortaleiden ein solches, wie in Taylor's Fall, so muss die Kunst durch die gänzliche Aufhebung des mechanischen Schutzes, den das Herz durch seine Klappen früher genoss, früher oder später gänzlich unwirksam werden. (*The Lancet*, 1841, Nr. 24.)

Weinke.

Rückblicke.

Von Med. Dr. Beer, k. k. Pol. Bezirksarzt.

VI.

In Bezug auf die sogenannte Blutkrankheit (*Haemitis*) dürfte de Haën's im Jahre 1757 aufgestellte Theorie über Eitererzeugung (*pyogenia*) für pathologische Anatomen sowohl als für Ärzte von hohem Interesse seyn. Insbesondere wird dieselbe wichtig, wenn man damit die zu jener Zeit allgemein herrschend gewesene Ansicht über Pneumonie und ihre Ausgänge vergleicht. In vielen Krankheiten, meint de Haën, häuft sich der Eiter in einem Abscesse oder soge-

nannten Vomica an, und wird auf verschiedene Wege wieder aus dem Körper eliminirt; sehr oft aber beobachten wir, dass eine purulente Materie durch längere Zeit und reichlich entleert wird, obwohl sie in keiner eigenen Eiterhöhle *(receptaculis)* angesammelt war. Zu de Haën's Zeiten war nämlich die allgemeine Ansicht, dass das Vorhandenseyn von Eiter stets eine vorausgegangene Entzündung voraussetze, dass nämlich das, in den Capillargefässen bei vorhandener Entzündung stockende Blut, in Folge des Blutandranges vom linken Herzen *(a tergo)* die Gefässenden auflöst und in Eiter verwandelt; dass daher bei langdauernder Eiterexcretion auch ein grosser Substanzverlust Statt finden müsse. Einige Fälle jedoch, in welchen trotz einer reichlichen und lange andauernden Ausscheidung purulenter Materie die Section keine Abscesse in der Lunge und keinen Substanzverlust nachweisen konnte *), bestimmten de Haën zu folgender Ansicht über Pyogenie: „Wenn in der Lungenphthise," sagt er, „reichlich Eiter ausgeworfen wird, und zwar durch lange Zeit, und man dessen ungeachtet nach dem Tode keinen bestimmten Sitz findet, wo er erzeugt worden und eingeschlossen war, so muss man annehmen, dass der Eiter unmittelbar aus dem Blute ausgeschieden werde *(pus ex ipso sanguine immediate secretum fuisse)*.

Wenn auch im Blute alles homogen zu seyn scheint, so ist doch gewiss, dass in demselben, besonders bei entzündlicher Diathese, die Elemente zur Eiterbildung eben so wie zur Bildung der inflammatorischen Kruste und der plastischen Exsudate schon vorhanden sind. Dieser Eiter — eigentlich degenerirtes plastisches Exsudat — kann sich in Phthisikern nach und nach ausscheiden, und zwar auf eben die Weise, wie es sich zuweilen als inflammatorische Kruste schnell bildet. Das Blut also hat zuweilen die Disposition, in deren Folge eine Materie successiv von den übrigen Blutbestandtheilen sich trennt, und ohne Vorhandenseyn einer Vomica aus dem Körper eliminirt wird. Dieselbe entzündliche Diathese, die die Kruste hervorbringt, ist es also auch, welche den Eiter im Blute erzeugt **). De Haën sucht nun auf eine sehr scharfsinnige Weise die Analogie zwischen der Eitererzeugung bei einer äusseren Wunde und zwischen der bei der Pneumonie nachzuweisen. Er geht daher alle Momente, wie man sie bei der Wunde beobachtet, durch, nämlich zuerst: Blutung aus den Gefässen, Aufhören der Blutung in Folge der Zusammenziehung der Gefässe, Bildung einer, die Wundlippen bedeckenden Kruste, Ausschwitzung einer sehr dünnen, noch nicht plastischen Lymphe, Anschwellen der Wundlippen, zunehmendes Fieber, Klopfen, Geschwulst und Eiterbildung, Abnahme des Fiebers, der Wärme etc., Fleischwucherung und endlich Heilung. Geschieht nicht (fragt endlich de Haën) ein Analogon bei der Peripneumonie? Anfangs zeigen sich nur dünne, wässerige, mit Blutstreifen vermischte Sputa. Diese serösen Sputa sind nicht im Stande, Heilung zu bewirken; und der Schleim, den sie enthalten, wird nur durch die Gewalt des Hustens von den Endverästelungen der Bronchien *(a superficie aërea pulmonis)* secernirt. Im Verlauf der Pneumonie jedoch sieht man weniger Blut in den Sputis, diese werden dicker, eiterförmig, anfangs gelb, dann weisslich, und be-

---

*) Diese sehr merkwürdigen Fälle werden erzählt in der *Ratio medendi Pars I. cap.* 7 und *Pars II. cap.* 2)

**) „*Et ce qui produit la coënne, pourroit fort bien produire du pus,*" sagt Sauvages.

wirken Heilung. Die hier zu Anfang der Krankheit ausgehustete seröse Materie ist also eine aus den Blutgefässen ausgeschwitzte Lymphe, durch deren Ausscheidung das zurückbleibende Blut zu dick wird, als dass es durch die feinen Gefässe in die Bronchialenden der Lungen *(cavum aëreum pulmonis)* treten könnte. Durch Zeit und Ruhe aber wird die Lymphausscheidung vermindert, die plastische ausgeschwitzte Materie hiedurch gleichsam zur Reife gebracht *(coquitur)* und ausgeschieden. Gelangt nun diese plastische Lymphe aus den Blutgefässen nicht in die Bronchialverzweigungen, um ausgeschieden zu werden, sondern aus den Pulmonalarterien in die Venen, so kann die eiterförmige Materie auch durch andere Ausscheidungswege eliminirt werden.

3.

Notizen.

Witterungs- und Krankheits-Constitution in Wien im Monate Juli 1841.

Von Joseph Joh. Knolz, k. k. n. ö. Regierungsrathe, Sanitäts-Referenten und Protomedicus.

Witterungsbeschaffenheit.

Der Monat Juli war im Ganzen genommen sehr warm, insbesondere erreichte die Temperatur am 18. eine ungewöhnliche Höhe von + 30.80° R. und war mit einem den ganzen Tag hindurch wehenden glühenden Scirocco begleitet, der im Vormittage als gewaltiger Sturm aus S. auftrat, am Nachmittage aber schwieg; zugleich war an diesem Tage eine bei uns sichtbare Sonnenfinsterniss eingetreten.

Überhaupt war der Juli reich an meteorologischen Erscheinungen, Wetterleuchten, Gewitter, vorübergehende Stürme, ja am 13. um 1 Uhr 34′ Nachmittags verspürte man sogar in der Richtung von N. nach S. mehrere, jedoch äusserst geringe Erdstösse, nur am 27. gegen 2 Uhr Nachmittags ergötzte die Erscheinung eines Sonnenhofes mit Regenbogenfarben.

Regen war an mehreren Tagen gefallen, hielt jedoch nicht an.

Barometerstand.

Höchster am 1.	=	28′	4″	9‴
Tiefster am 10.	=	27	11	5
Mittlerer	=	28	2	10

Thermometerstand.

Höchster am 18.	=	+ 30.80°
Tiefst. am 30.	=	+ 8.20°
Mittlerer	=	+ 15.69° R.

Die herrschenden Winde waren NW. und SO.

Stürme waren am 10. aus NW., am 12. aus NW, am 18. aus S. und am 30. aus NW.

Herrschender Krankheitscharakter und herrschende Krankheitsformen.

Im Monate Juli war der vorherrschende Krankheitscharakter der gastrisch-adynamische, hervorgerufen und unterhalten

durch die ungewöhnliche Hitze und gewitterhaften Spannungen der Atmosphäre, der sich nicht nur durch das häufige Vorkommen der gastrisch-typhösen Fieber aussprach, sondern drückte sein eigenthümliches Gepräge mehr weniger allen acuten Krankheiten auf. Neben diesen wurde noch der rheumatisch-katarrhöse als der bei weitem untergeordnete Krankheitscharakter beobachtet.

Aus der Klasse der Fieber waren die oberwähnten typhösen die häufigsten, deren Verlauf jedoch im Vergleiche zu den früheren Monaten weit günstiger war, nach diesen waren die rheumatischen und katarrhalischen, die aber die unverkennbarste Hinneigung zum typhösen Charakter zeigten; dasselbe galt auch von den, wenn auch seltenen, einfachen gastrischen und galligen Fiebern.

Unter den Entzündungen waren jene des Halses, der Brustorgane und des Bauchfelles am zahlreichsten, in Hinsicht der Heftigkeit aber standen die Lungenentzündungen oben an; die auch nicht selten vorkommenden Brustfellentzündungen zeichneten sich durch die grosse Neigung zur Bildung von Exsudaten aus, die jedoch grösstentheils günstig endete; am gefährlichsten gestaltete sich der Verlauf der Gedärmentzündungen, die aber doch seltener vorkamen.

Unter den Exanthemen zeichnete sich der Gesichtsrothlauf durch sein häufigeres Vorkommen, aber auch durch seinen regelmässigen und günstigen Verlauf aus; einige Fälle von Scharlach machten sich durch die reichliche Abschuppung bemerkbar. Ausser diesen erschienen auch die Masern, der Nesselausschlag und Pemphigus.

Die Blattern kamen grösstentheils als Varicella und meistens bei Ungeimpften vor.

Aus der Klasse der Krisen waren die Hämoptoen, Metorrhagien, Diarrhoen und Dysenterien die häufigsten.

Von den Cachexien waren wie immer die meisten Tuberculosen und Phthisen der Lungen, an die sich die Wassersüchten, grösstentheils secundäre, der Zahl nach anreihten. Ausserdem kamen auch mehrere Fälle von Scrophelsucht, Rhachitis, Scorbut, Gicht, Gelbsucht und Marasmus vor.

Von den Nevrosen wurden die meisten Koliken, Convulsionen, Epilepsien und Lähmungen beobachtet.

Auch bei den Geisteskranken zeigte sich als der herrschende Krankheitscharakter der gastrisch-adynamische, mit einer besonderen Neigung zum Übergange in den typhösen.

Der Gesundheitszustand der Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugebornen war im Ganzen befriedigend; der herrschendeKrankheitscharakter war der gastrisch-adynamische, nächst diesem der inflammatorische; dem ersteren gehörten die Fälle von Sopor, Durchfall und Erbrechen, dem letzteren die Augen- und Nabelentzündungen und der Rothlauf an. Vom Kindbettfieber kamen nur einzelne Fälle und zwar unter der Form von Metrophlebitis und *Metritis septica* vor.

Von den äusserlichen Krankheiten waren die Verletzungen die zahlreichsten.

Gestorben sind in Wien im Monate Juli: männlich 706, weiblich 647; zusammen 1353.

Darunter befanden sich Kinder unter Einem Jahre: Knaben 278, Mädchen 203; zusammen 481.

Die Mehrzahl raffte die Lungensucht, und dieser zunächst die Fraisen und Zuckungen dahin.

Literarischer Anzeiger vom Jahre 1841.

Die hier angeführten Schriften sind entweder gleich vorräthig oder können durch Braumüller und Seidel (Sparcasse-Gebäude) bezogen werden.)

***Beraz** (Dr. J.,* Prof. der Anatomie), Der Mensch nach Leib, Seele und Geist. Anthropologie für gebildete Leser etc. 2. Th. Der Organismus der Menschheit. Mit 11 Tabellen (10 qu. Roy. Fol. 1 in gr. Halbfol.) und 1 lith. Beil. Gr. 8. (XXXV u. 903 S.) *Landshut*, bei *Vogel*. (5 Th. 12 Gr.)

***Demme** (Dr. Herrm.,* ö. o. Prof.), Über endemischen Cretinismus etc. 8. (50 S. und 1 lith. Tafel). *Bern*, bei *Fischer*. 1840. Geh. (6 Gr.)

***Deslandes** (Dr.),* Von der Onanie und den übrigen Ausschweifungen der Geschlechtslust. Deutsch bearbeitet von Dr. *G. Weyland*. 2. Aufl. 8. (VIII u. 460 S.) *Weimar*, bei *Voigt*. (1 Th. 12 Gr.)

***Fallot** (L.,* Dr. Med., Arzt der Armen etc. zu Paris), Untersuchung und Enthüllung der simulirten und verheimlichten Krankheiten in Beziehung auf den Militärdienst. Deutsch bearbeitet von *J. C Fleck*, Med. und Chir. Dr. etc. Gr. 8. (XII u. 106 S.) *Weimar*, bei *Voigt*. (12 Gr.)

***Gmelin** (Leop.,* Geh. Hofr. und Prof. in Heidelberg), Handbuch der theoretischen Chemie, 4. verm. und verb. Aufl. 1. Bd. 1. Lief. Gr. 8. (S. 1—128). *Heidelberg*, bei *Winter*. Geh. (12 Gr.)

***Hasse**,* Specielle pathologische Anatomie. 1. Bd. 2. Abth. Gr. 8. (S. XVII—XXXIV u. 241—526. Schluss.) Geh. (Als Rest)

***Kreutzburg** (Dr. Eduard,* Med. Rath), Die Apotheken-Revision und der Medicamenten-Apparat für die verschiedenen Apotheken; d. h. für die öffentlichen Apotheken I. und II. Klasse, für die Hausapotheken der Ärzte, für die Feldapotheken, die Hausapotheken der Chirurgen und Thierärzte. Als Anweisung und Protocoll-Formular bei dem Geschäfte der Apotheken-Visitation. Gr. 8. (VIII u. 63 S.) *Erfurt*, bei *Hennigs* und *Hopf*. 1842, Geh. (10 Gr.)

***Mertens** (Dr. Ludw.),* Zur Physiologie der Anatomie von etc. Gr. 8. (7 S. o. Pag. und 86 S.) *Berlin*, bei *Trautwein*. Geh. (16 Gr.)

Schubert (Ferdin., Phil. et Med. Dr. etc.), De methodi endermaticae ratione nec non applicatione etc. 12. *maj.* (80 S.) *Schaffenburgi, Pergay.* Geh. (8 Gr.)

Tissot (J), De la Manie du Suicide et de l'esprit de révolte, de leurs causes et de leurs remèdes. In 8. *de* 30 *f. Paris.* (6 Fr. 50 C.)

Verzeichniss

der in verschiedenen deutschen und fremden medicinischen Zeitschriften von dem Jahre 1841 enthaltenen Original-Aufsätze.

Zeitschrift für die Staatsarzneikunde. Herausgegeben von Dr. *Adolph Henke.* 1841. Vierteljahrheft 2.

Hft. 2. *Krügelstein,* Über die von Seiten des Staates zu führende Aufsicht über Nahrungsmittel und Lebensbedürfnisse, zur Entdeckung der Verfälschung derselben und Verhütung nachtheiliger Folgen für die Gesundheit. — *Rothamel,* Ein Pfuscher tödtet durch rohe und kunstwidrige Anwendung der Taxis einen Bruchkranken; gerichtsärztliche Untersuchung. — *Graff,* Über den praktischen Werth des *Lalic*'schen Mittels zur Heilung der Hundswuth bei Menschen und Thieren. — *Klose,* Zwei Begutachtungen eines Falles von zweifelhafter Narrheit. — *König,* Bericht und Gutachten über einen angeblich an Stumpfsinn leidenden Landmann. — *Derselbe,* Bericht und gerichtsärztliches Gutachten über die an Muttermilch leidende Witwe V. aus W. — *Schneider,* Sind epileptische Personen fähig, in den Ehestand zu treten und denselben fortzusetzen? Medicinisch-polizeilich untersucht und beantwortet. — *Hedrich,* Befund-Bericht und Gutachten über eine durch Steinwürfe bewirkte, unbedingt tödtliche Kopfverletzung. — *Kölle,* Gutachten über eine Kopfverletzung mit tödtlichem Ausgange am 48. Tage; aus den Acten. — *Derselbe,* Gutachten über eine am 37. Tage tödtlich gewordene Kopfverletzung. — *Heim,* Die *Ceeli*'sche Variolo-vaccinlymphe betreffend.

Wien.

Verlag von Braumüller und Seidel.

Gedruckt bei A. Strauss's sel. Witwe.